



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

LUANA DA SILVA MELO

SEGURANÇA DO PACIENTE: conhecimento e prática de técnicos de enfermagem

**CAMPINA GRANDE
2018**

LUANA DA SILVA MELO

SEGURANÇA DO PACIENTE: conhecimento e prática de técnicos de enfermagem

Artigo apresentado como exigência do curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de ciências biológicas e da saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Graduação em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Maria Gabriela Cavalcante Costa.

**CAMPINA GRANDE
2018**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M528s Melo, Luana da Silva.

Segurança do paciente [manuscrito] : conhecimento e prática de técnicos de enfermagem / Luana da Silva Melo. - 2018.

31 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde , 2019.

"Orientação : Prof. Dr. Maria Gabriela Cavalcante Costa ,
Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."

1. Enfermagem. 2. Segurança do paciente. 3. Assistência à saúde. I. Título

21. ed. CDD 610.73

LUANA DA SILVA MELO

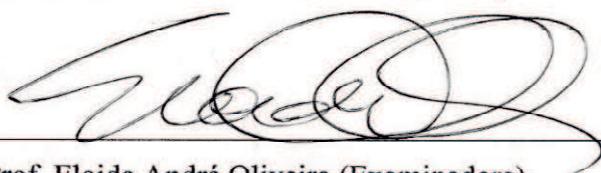
**SEGURANÇA DO PACIENTE: CONHECIMENTO E PRÁTICA DE
TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**

Artigo apresentado como exigência do curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Graduação em Enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA



Prof. Dra. Maria Gabriela Cavalcante Costa. (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Eloide André Oliveira (Examinadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Enf. Ana Aline Matos Medeiros (Examinadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Artigo aprovada em: 28/11/2018

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço Deus, pois mesmo com os pés cansados e calejados pelas perdas da vida o senhor me carregou em teu colo para que meus pés descansassem até poder prosseguir novamente.

Ao meu pai Joao Batista pelas cobranças do estudo, que me estimulou ao demonstrar seu orgulho por mim mesmo sem saber fui regida por este a continuar para realizar seu sonho também.

A minha mãe Maria Lucia, uma Maria lutadora e guerreira, uma das mulheres mais fortes que já vi, as dificuldades enfrentadas por esta mulher foi o ponto pé inicial que despertou meu desejo pelo estudo.

A meu avô Manuel (in memória) um homem calmo e sábio que em meio a seu jeito silencioso de ser me ensinou tanto com suas parábolas.

A minha eterna avó Alzira (in memória), o que falar de você minha rainha, minha vida meu tudo, como eu queria vê-la ao meu lado agora ou pelo menos poder receber um abraço teu, a mulher que me criou e que próximo de partir me tocou e me disse que estaria sempre ao meu lado e que veria eu conquistar meus sonhos, e sei que onde estiver está vendo sim e orando sempre por mim, o tempo passa e a saudade só aumenta.

Agradeço também a minha razão de vida a meu melhor presente minha filha Thuany, veio de forma inesperada mais ascendeu os meus sentidos e me estimulou a ser mais, este anjo de luz, tudo o que sou hoje é para ti filha.

A minha irmã Maria Luciana, mais uma batalhadora, que de tanto se orgulhar de mim me fez crer que valeria a pena os sacrifícios para concluir este curso, obrigado pelas vezes que me trouxe vestimentas ao ver que eu deixava de comprar isso para arcar com os gastos do curso, te amo muito.

A minha família de coração, aos escolhidos por deus para seguir em minha vida, minha família postiça: Geralda, Clébia e Junio.

A minha Priscila irmã a quem concedi meu bem mais preciso quando a escolhi como madrinha de Thuany, foi você que comemorou minha entrada na UEPB com uma felicidade própria.

Aos amigos de percurso desse curso, que dividira comigo as dificuldades traçadas pela graduação Valeria, Juliano e Bartolomeu, agradeço por terem tornado estes dias mais leves.

As amigas de profissão Hortencia, Audrya, Socorro, Arkana, Monalisa e Fatima que tanto me estimularão a prosseguir.

A Cleide, uma amiga irmã que esteve ao meu lado e em meus piores dias de vida segurando minhas mãos, uma mulher de fibra, não tenho palavras para te agradecer, assim como a sua mãe Graça que me acolheu sempre que preciso como uma mãe em sua casa.

A Marcela que me auxiliou ficando com minha filha para eu de continuidade ao curso, que a trata como a minha vó me tratou, com sua forma carinhosa de ser para Thuany.

A Sonia que me recebeu em sua vida de uma forma esplendorosa e que em pouco tempo me ensinou o que é amar sem medidas, a ser grande e não reclamar perante a dor.

A meu atual companheiro, marido, amigo de todas as horas, Júlio que de uma forma inesperada apareceu em minha vida e que por sua escolha, ou melhor nossa escolha, permaneceu em minha vida de uma forma tão intencional, Deus traçou nossa união para passarmos por provações juntos e que provações Senhor, que enxuga minhas lágrimas quando meu coração transborda, que procura arrancar de mim meu melhor sorriso, e assim seguirmos unidos e crescendo um com o outro, este homem que me apoia e me estimulou a não desistir quando fraquejei pelas tristezas da vida, obrigado por ser para mim mais que um dia eu desejei.

Aos formadores e professores que me auxiliaram neste traçado, em especial a professora Eloyde, Cláudia, Layse Amanda e Ana Aline.

A minha orientadora Gabriela, aquela mestre a quem expresse enorme admiração pela sua humanização e humildade, que me orientou neste trabalho com tamanha disposição e eficácia, agradeço pelos direcionamentos e pela paciência, a levarei como exemplo para toda a vida.

Por fim, mas não menos importante dedicarei esta conquista a você Emanuel, meu filho irmão, desejustes este diploma como se fosse o seu próprio, em uma de suas últimas palavras você pediu para que eu não desistisse que iria segurar este diploma comigo, és que estou aqui concluindo a seu pedido, um ano tão difícil com uma notícia que tiraria meu chão, assumi minha profissão em sua vida, sua enfermeira, sua Luna. Daria minha vida para sua recuperação mais já que isto não é possível eu dedicarei minha profissão a você, é por você e para você este diploma.

Enfim, agradeço de todo coração a todos que de sua forma contribuirão para a realização deste sonho. Encerro aqui mais um ciclo, com a certeza que surgirão novos ciclos e que estes serão direcionados por Deus. Com os mesmos ou talvez novos anjos. A estes o meu muito obrigada!

Dedico este trabalho a meu irmão Emanuel Pereira de Melo, que tanto me incentivou a estudar e que em minhas fraquezas despertava, com suas palavras e seu sorriso marcante, a força para prosseguir. A você meu Dinguinha dizia me ter como um exemplo, hoje me orgulho de você e falo que você sim é meu exemplo, que pelas circunstâncias da vida tornou-se um menino-homem que segue desafiando a medicina e pela sua força de lutar para sobreviver. A você meu irmão que me prometeu que iria segurar este diploma comigo, o dedico a você, esta conquista é minha, mas foi por você!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 METODOLOGIA	9
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	10
3.1 Conhecimento sobre segurança do paciente	10
3.2 Práticas do processo de trabalho relacionadas à segurança do paciente	13
4 CONCLUSÕES	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
APÊNDICE	26

SEGURANÇA DO PACIENTE: conhecimento e prática de técnicos de enfermagem

Luana da Silva Melo

RESUMO

Introdução: Nos últimos tempos a questão da segurança do paciente durante a assistência à saúde vem ganhando grande destaque, visto que pesquisas recentes mostraram o grande impacto econômico relacionado a eventos adversos provocados pela falta de assistência adequada. As dificuldades de identificar e relacionar esses eventos adversos a prática faz com que esses passem despercebidos pela equipe de enfermagem e pela gestão. Dessa forma a prevenção e o controle desses eventos são ações que devem ser incorporadas às rotinas. Assim, baseado nas seis Metas Internacionais do Paciente propostas pelo programa de segurança do paciente. O objetivo geral do estudo foi compreender o significado da segurança do paciente para os técnicos de enfermagem atuantes nas Unidades Intensivas de Tratamento (UTI)

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, realizada no período de agosto a outubro de 2018. A coleta de dados foi realizada através de entrevista e observação sistemática, com roteiro semiestruturado, registrada através de aparelho eletrônico mp4.

Resultados: Após ser realizada análise emergiram quatro categorias. Nessas categorias foi possível inferir que boa parcela dos entrevistados entendem o conceito de segurança do paciente e afirmam realizar algumas práticas para mantê-la. No entanto, pode-se observar que ainda existem aqueles que possuem um conceito equivocado a cerca do tema. **Conclusão:** Verificou-se que a falta de capacitação dos técnicos e a falta de abordagem do tema por parte das instituições avaliadas tem contribuição para a assistência técnicas insatisfatória.

Palavras-chaves: Enfermagem. Segurança do paciente. Qualidade da assistência à saúde.

1 INTRODUÇÃO

Ao tratar de segurança do paciente é necessário compreender um pouco da sua história, a qual possui como primórdio o postulado cunhado por Hipócrates (460 a 370 a.C.) *Primum non nocere*, que significa – primeiro não cause o dano. O pai da Medicina tinha a noção, desde essa época, que o cuidado poderia causar algum tipo de dano. Ao longo da história, outros personagens contribuíram com a melhoria da qualidade em saúde, como, por exemplo, Florence Nightingale, Ignaz Semmelweiss, Ernest Codman, Avedis Donabedian, entre outros (BRASIL, 2014).

Por intermédio desses pesquisadores foi possível conhecer os aspectos relacionados à transmissão da infecção pelas mãos. Assim na busca de melhoria do atendimento, foi divulgado em 2000 o relatório do Institute of Medicine (IOM) *To Err is Human*. Esse relatório se baseou em duas pesquisas de avaliação da incidência de eventos adversos (EAs) em revisões retrospectivas de prontuários, realizadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado (KOHN et al., 2000).

O relatório apontou que cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano vítimas de EAs nos Estados Unidos da América (EUA), bem como indicou ainda que a sua ocorrência representava um grave prejuízo financeiro. No Reino Unido e na Irlanda do Norte, o prolongamento do tempo de permanência no hospital devido aos EAs custou cerca de 2 bilhões de libras ao ano, e o gasto do Sistema Nacional de Saúde com questões litigiosas associadas a EAs foi de 400 milhões de libras ao ano (BRASIL, 2014).

Após essa explanação faz-se necessário a conceituação da segurança do paciente, a qual segundo a Organização Mundial da Saúde, entende que é a ausência de dano potencial ou desnecessário para o paciente associado aos cuidados em saúde (WHO, 2008).

Nesse contexto a segurança do paciente tem ganhado mais espaço em discursões no cenário mundial de Saúde com o intuito de permear e estimular a melhoria da segurança na assistência ofertada nas práticas de cuidados ao paciente. Visto a necessidade de inclusão do tema em 2013 o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem como um de seus objetivos principais a inclusão desse tema na formação dos profissionais de enfermagem, sejam estes a nível técnico ou superior (BRASIL, 2013).

O manejo adequado de boas práticas e a redução dos erros decorrentes da assistência em saúde são fundamentais para a garantia da segurança do paciente em ambientes de cuidado, sendo amplamente difundidas por organizações que conduzem o processo de acreditação, por exemplo, em nível internacional através da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare*

Organizations (JCAHO), que se baseia nas seis Metas Internacionais do Paciente. Estas metas incluem: identificar os pacientes corretamente; melhorar a comunicação efetiva; melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; e ainda reduzir o risco de lesões ao paciente decorrente de quedas (SILVA, 2012).

Assim, este estudo teve como objetivo geral compreender o significado da segurança do paciente para técnicos de enfermagem. E como objetivos específicos elencou descrever os conhecimentos dos técnicos sobre segurança do paciente e identificar as práticas dos técnicos de enfermagem sobre o tema.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa através da análise temática.

A população de amostra foi constituída por 55 técnicos de enfermagem atuantes nas Unidades de Tratamento Intensivos (UTI) de Hospitais Públicos de grande porte de referência na rede de atenção a saúde de urgência e emergência.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi em forma de entrevista e de um roteiro de observação, semiestruturado, construído a partir dos protocolos (APÊNDICE 1). Os entrevistados foram recrutados no seu horário de trabalho para apresentação dos objetivos e finalidades deste projeto de pesquisa e foram esclarecido, também, que sua participação era voluntária e que poderiam desistir a qualquer momento. A entrevista foi realizada nos setores envolvidos, apenas na presença do pesquisador e dos profissionais envolvidos.

Todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo, utilizando também pseudônimos no lugar do nome dos sujeitos entrevistados. Assim para facilidade da compreensão dos dados levantados em pesquisa e por questão ética, iremos nos referir aos locais de pesquisa como Instituição “A” e Instituição “B”.

A coleta de dados aconteceu no período de agosto a novembro de 2018 após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da CEP/CESED, mediante o número do CAEE:01179418.2.0000.5175 bem como, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE pelos técnicos de enfermagem, que consentiram participar da pesquisa, conforme preconiza a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde pelo Ministério da Saúde (BRASIL).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise dos dados foi possível elencar duas categorias: Conhecimento sobre segurança do paciente e práticas do processo de trabalho.

3.1 Conhecimento sobre segurança do paciente

A ampla incidência de EAs em pacientes críticos tem se tornado indicador motivador para a análise e averiguação da qualidade de serviço de saúde. Neste contexto os técnicos de enfermagem tornam-se os principais protagonistas fundamentais quando se refere à segurança do paciente, visto que são estes profissionais que mantem um contato contínuo e direto com os pacientes, o que os tornam responsáveis por manter a segurança destes.

Considerando a complexidade e gravidade do paciente usuários de UTIs, aumenta-se os riscos de profissionais deste setor acabar se envolvendo em um incidente relacionado à segurança do paciente. Nesse contexto, Costa et. al. (2018) traz em seu artigo estudos que consideram a UTI como um dos setores mais vulneráveis a ocorrência de eventos adversos relacionados à assistência, afinal há uma complexidade de ações e intervenções que são oferecidas de modo emergencial pela equipe de saúde envolvida, qualquer erro nesta assistência acarreta sofrimento imediato ao doente.

Considerando se o conceito da Organização Mundial de Saúde, em 2010, que define segurança do paciente como sendo a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. O mínimo aceitável, e que se refere àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratar ou adotar tratamento, que amplia o problema e os fatores de risco da temática. (OMS,2010)

Nesse contexto com relação ao conhecimento sobre o conceito segurança do paciente os achados revelam que a maioria dos técnicos tem conhecimento sobre o tema, embora apresentem dificuldade de organizar as ideias. Assim, consta que da amostra total de 55 técnicos, 45 apresentaram respostas coerentes com o conceito, já 3 afirmaram não saber o significado e 07 tiveram dificuldade de formular o conceito real, confundindo o conceito de segurança do paciente assistencial com a segurança jurídica, visto que, as instituições utilizadas

para o estudo são referências em acolhimento de pacientes privados de sua liberdade, aqueles apenados.

“A segurança do paciente é todo um conjunto de todos os cuidados que a equipe presta para ele se sentir confortável e confiante, que tenha a resposta positiva no seu tratamento”. (INST. B-7)

“Manter o paciente e ter cuidado em manter a segurança dele física, manter a integridade física dele, ter os cuidados com as medicações para serem dadas corretamente, sejam dadas nas vias corretas, medicação certa, paciente certo, manter o paciente bem identificado, observar para que ele não corra risco de acidente na hora de mudar de decúbito para que ele não caia e para que não caia nada sobre ele, para que ele não saia com lesão. Então a gente tem que manter sempre os cuidados para que o paciente permaneça com sua integridade física permanente”. (INST. B- 28)

“De tudo que tenho visto recentemente na Pós Graduação, segurança do paciente é uma prioridade para Ministério da Saúde e vai desde a qualificação dos profissionais na execução dos procedimentos, uso e manuseio até a implantação de protocolos para padronizar a assistência. A segurança deve ser responsabilidade de gestores da instituição, de profissionais, dos familiares e acompanhantes e até mesmo do usuário, pois todos tem papel relevante na garantia de uma assistência de qualidade, segura”. (INST. A- 19)

Costa et. al., (2018) traz em seu artigo estudos que apontam que o fato de existir desconhecimento por parte dos trabalhadores sobre a segurança do paciente e as consequências que o evento adverso pode acarretar sentimentos de medo por temer uma punição, além de vergonha, frustração e culpa a esses profissionais, sendo estes reflexos dessa visão reducionista do erro.

Do total de 55 entrevistados nas duas instituições, 45 técnicos demonstraram entender o conceito básico de segurança do paciente e 10 técnicos demonstraram não ter conhecimento sobre este conceito.

“Não sei. Sinceramente nunca pensei sobre isso nesses 8 anos de profissão”. (INST. A-2)

“Não entendo o que é segurança do paciente não. Em que sentido. Não sei”. (INST. A-24)

“Não sei explicar o que é segurança do paciente. Será que são as contenções que fazemos para evitar quedas. Só me vem isso na cabeça. Ou seria esses pacientes que são acompanhados de segurança do estado porque cometeram crimes. Não sei o que é não”. (INST. A- 7)

Levando-se em conta o conhecimento apresentado a cerca do conceito sobre segurança do paciente, percebe-se como principais fatores responsáveis pela ocorrência de eventos que provoquem adversidade, as deficiências de um sistema de prestação de cuidados, em sua concepção, organização e funcionamento (COSTA, et al.2018).

“Ter medicações, ter todo material disponível pra trabalhar, que acontece que falta às vezes, principalmente antibióticos faltam. E também proteção dele né?!”. (INST. B-3)

“Para mim a segurança do paciente é primeiramente é ter toda uma assistência para ele, em termos de equipe, de material para que não falte nada a ele. Vai dar uma segurança e cobrir ele em todos os sentidos”. (INST. B- 10)

Esse desconhecimento sobre segurança do paciente pode estar associado com o fato da existência de vínculo empregatício precário, visto que, na instituição pesquisada existem profissionais concursados, celetistas e diaristas. Isso provoca um elo entre a instituição e o profissional muito fraco, ocasionando desinteresse na melhora do serviço.

Quando questionados sobre as abordagens do tema pela instituição de trabalho incluindo treinamento, palestra, ação educativa ou implantação de protocolos sobre segurança do paciente, 22 técnicos afirmaram que as instituições promoviam sim estas ações referentes ao tema, 29 afirmaram que as mesmas não adotam estas, 04 técnicos afirmaram não saber se tem ou não estas práticas por parte da instituição em que trabalham. Lembrando que dos 22 profissionais que afirmaram ter praticas por parte da instituição, apenas 02 desses afirmaram ter participado de palestras, os demais justificaram a não participação por motivos como: horário inviável, sobrecarga de trabalho que os impedem de ir a palestra, dificuldade para se dirigirem ao local (auditório).

Referente ao conhecimento dos profissionais sobre a existência de alguma norma, manual ou programa de segurança do paciente, 14 técnicos afirmaram conhecer (porém não foram capaz de citar nenhum), 27 técnicos afirmaram não conhecer e 11 técnicos desconhecerem alguma. Aqui eles justificam o desconhecimento por fatores como: falta de tempo, desinteresse pessoal, desatualização profissional, não abordagem em formação acadêmica, falta de estímulo por parte da instituição de trabalho.

A Cultura de Segurança do Paciente é caracterizada como: “o produto dos valores individuais e do grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o estilo, a proficiência da saúde organizacional e a gestão de segurança” (KURCGANT; MASSAROLLO, 2005).

Nesse contexto é necessário desenvolver estratégias simples e efetivas para poder prevenir e reduzir riscos e danos nestes serviços, por meio do seguimento de protocolos específicos, associadas às barreiras de segurança nos sistemas e à educação permanente (OLIVEIRA et al., 2014).

O risco de erros adversos decorrentes de práticas inseguras, precisam ser trabalhados com as equipes de enfermagem e problematizados em meio ao trabalho em ato, ou mesmo em

rodas de conversa, para que todos tenham sua compreensão, e saibam identificar quando ocorre um dano evitável, ou mesmo um inevitável, a diferença entre eles, a forma de agir nas diferentes situações, e a importância de realizar a notificação (ADAMY et al., 2018).

No entanto, foi constatado pelas entrevistas que não existe, nas duas instituições pesquisadas, momentos de educação permanente sobre esse assunto específico.

“Eu acho que faltam medidas de ensino para a gente mesmo que está no hospital há muito tempo, a gente sai da escola e vai se esquecendo das coisas. Tem muita gente que faz as coisas assim meio aleatoriamente, eu acho que se tivesse educação continuada, é a palavra certa. Uma educação continuada em relação ao cuidado com o paciente ia criar assim uma consciência em cada um da segurança do paciente, dos cuidados que ia ter, porque agente aprendendo mais o conhecimento com certeza ia dar uma segurança maior”. (INST. B-1).

“É muito difícil, na verdade é muito difícil ter estas palestras neste sentido nestas orientações”. (INST. B-4).

“Atividade educativa tem sobre muitos temas. Muitos mesmo. Até na semana de enfermagem. No dia da infecção. Mas sobre segurança não lembro. E a implantação de protocolos não sei”. (INST. A-4).

Nesse contexto, o processo de Enfermagem pode ser considerado um importante fator para identificar, prevenir e minimizar os eventos adversos nos diferentes contextos da prática profissional, uma vez que busca organizar uma assistência baseada em evidências, fundamentada cientificamente e documentada, o que contribui para a segurança do paciente e do profissional. Por conseguinte, a ANVISA (2016) menciona que a segurança do paciente envolve a qualificação do cuidado em saúde com o foco em pacientes, profissionais de saúde e ambientes de assistência à saúde.

Assim, para que isso ocorra é necessária a introdução de um programa de Educação Permanente, o qual possui como proposta essencial às transformações do trabalho e de suas relações no setor, que poderia ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Essa é uma meta a médio e longo prazo para qualificar a atenção por meio da problematização da segurança do paciente (WEGNER et al., 2016).

3.2 Práticas do processo de trabalho relacionadas à segurança do paciente

A área hospitalar constitui a mais complexa das organizações humanas, visto que é o local onde um mínimo de descuido, pode gerar um grave dano para a pessoa que está sendo

cuidada. Desta forma, um hospital representa um grande desafio diário para todos os profissionais que lá trabalham.

Assim, torna-se imprescindível que os funcionários da instituição, principalmente a equipe de enfermagem, que permanece mais tempo com o paciente, conheça e coloque em prática, durante sua assistência, a cultura de segurança.

Referente às ações e práticas que os técnicos realizam para manter a segurança do paciente, a maioria dos profissionais afirmaram praticar ações para manter a segurança do paciente, formando um total de 47 técnicos que afirmam praticá-las, 04 técnicos negam essas práticas e 04 técnicos demonstraram não saber se praticam ou não estas ações, certamente por terem dificuldade em determinar o conceito de segurança do paciente.

Entre as práticas de segurança confirmadas pelos profissionais estão descritas em protocolos: Administração segura de medicação, prevenção de quedas, ações de protocolo de úlceras por pressão, identificação do paciente, higienização das mãos. Assim como, algumas práticas de segurança foram descritas por estes profissionais, porém as mesmas não estão descritas em protocolos tais como: banho no leito, práticas de contenções; troca de luvas, prevenção de infecções; cuidados na realização de curativos.

Durante as entrevistas foram realizadas observações que seguiram o roteiro do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) lançado em 2013 pelo Ministério da Saúde (MS), neste são seguidos sequencialmente seis passos preconizados, (identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente correto; higienizar as mãos para evitar infecções e reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão).

Porém esta pesquisa em especial utilizou cinco dos seis passos seguidos pelo programa citado a cima para a segurança do paciente, sendo excluído da entrevista itens que enquadravam-se no passo do programa, que refere-se a segurança do paciente em procedimentos cirúrgicos, visto que as práticas enquadradas neste passo são restritas ao setor de centro cirúrgico, que tem como finalidade determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos, o que possibilita o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto. Isso conseqüentemente fogem das rotinas de práticas realizadas no local específico de pesquisa que foi a UTI.

Nas observações referentes à **Identificação do paciente** evidenciou-se que ambas as instituições utilizam como critérios a identificação do paciente na pulseira e a identificação do

paciente no leito. Os pacientes já entram com a identificação da pulseira. Caso necessário pode ser solicitada nova pulseira. No leito é fixado uma identificação que consta nome do paciente, idade, data de admissão e diagnóstico. Além destes, a *instituição “A”* utiliza a identificação do paciente com prontuário afixado no leito, diferentemente da *instituição “B”* que apresenta seus prontuários fixados em um armário no posto de enfermagem.

Para confirmação da identificação do paciente ambas as instituições dirigem-se ao prontuário e a equipe de plantão, a *instituição “B”* também dirige-se ao paciente / familiar/ acompanhante/ cuidador, utilizado o auxílio do acompanhante na UTI infantil, pois nesta, os mesmos permanece acompanhando integralmente seu paciente.

Em ambas as instituições “A” e “B”, a confirmação da identificação do paciente inclui: orientação da administração do sangue e de hemoderivados; orientação da coleta de material para exame; orientação da entrega da dieta e a orientação da realização de procedimentos invasivos. Os técnicos de enfermagem justificam esta prática devido a forma de organização do serviço (a equipe organiza suas práticas dividindo o números de leitos e suas responsabilidades por estes durante todo o plantão, um técnico responsabilizasse por 2 leitos) e pela baixa rotatividade de pacientes já que, na maioria, estes tem longa permanência no setor.

Nesse sentido Hoffmeister e Moura (2015) afirmam que quando ocorre a entrada de um paciente no sistema de atendimento podem ocorrer equívocos, conseqüentemente há a entrada de dados com erros no cadastro informatizado o que pode comprometer todo o processo de atendimento. O processo de identificação, através da conferência dos dados da pulseira, do cadastro e, das informações confirmadas pelo paciente, deve ser visto como uma etapa importante na interação entre paciente e equipe de saúde. Erros podem persistir caso os pacientes não estejam com a pulseira ou com pulseira sem informação confiável para a identificação.

A identificação do paciente possui dois propósitos primordiais: primeiro, determinar com segurança a legitimidade do receptor do tratamento ou procedimento; segundo, assegurar que o procedimento a ser executado seja efetivamente o que o paciente necessita. Na prática, a identificação do paciente é uma etapa do cuidado de enfermagem que não recebe a devida atenção, conseqüentemente pode interferir de forma negativa nas demais etapas (HOFFMEISTER; MOURA, 2015).

Dessa forma Neta et al. (2018) corroboram com a importância de identificação do paciente visto que essa simples ação tem um enorme potencial para reduzir erros e eventos adversos que podem ser desastrosos à saúde ou até mesmo da vida dos usuários da assistência.

No que se refere às ações para **Reduzir o risco de quedas e úlcera por pressão (LPP)** observou-se que as duas instituições avaliam diariamente o risco de desenvolvimento de LPP de todos os pacientes internados. Vale ressaltar que desde 2016 a nomenclatura de UPP foi alterada, pelo Painel Consultivo Nacional de Úlcera por Pressão (NPUAP), para LPP, terminologia que será adotada na diárias.

Visto que adotam durante o plantão as seguintes medidas preventivas como: inspeção diária da pele e adoção da Escala de Braden. A *instituição “B”* também utiliza a manutenção do paciente seco e com a pele hidratada, otimização da nutrição e da hidratação e a minimizam a pressão. No entanto, foi relatado que embora queiram intensificar suas ações para evitar formação de úlcera por pressão, sentem dificuldade pela falta de material, como: coxins e, em virtude disso acabam improvisando com lenções quando os tem, porque estes também são escassos na instituição. Todavia, os técnicos mobilizam o serviço social e família para providências necessárias (colchões casca de ovo, óleo de girassol e pomadas) já que existe uma escassez de material que favoreceria a prevenção de úlceras.

Como diferencial a *instituição “B”* realiza essa avaliação mais detalhada, visto que criou e incorporou um livro de protocolo de LPP, onde é registrada a presença ou ausência dessas no dia da admissão do paciente no setor, sua localização e seu grau. A mesma análise é registrada no dia da alta ou transferência do paciente. Para manter a segurança da equipe e do paciente com relação a isso foi adotado um livro, afim de diminuir o número de problemas com familiares dos pacientes correlacionados a reclamações de formações de úlceras após a admissão do paciente na UTI, enquanto alguns, já chegavam no setor com a presença dessas adquiridas em domicílio ou em outros setores hospitalares. Assim, é possível ter um controle efetivo de índices destas e adotar as devidas ações para evitar ou amenizar seu surgimento e devidas formas de curativos para tratá-las.

Segundo Pereira, Ludvich e Omizzolo. (2016) as úlceras por pressão são comuns em pacientes que passam longos períodos acamados e privados de movimentos, levando a destruição parcial ou total dos tecidos. Além disso, caracteriza-se como um dos principais eventos adversos que vem existindo em serviços de saúde, trazendo dor, sofrimento e prolongamento de internação para as pessoas acometidas, comprometendo a segurança do paciente assistido nestes locais. Dessa forma percebe-se que esses eventos são evitáveis, no entanto, só podem ser prevenidos ou mitigados por meio de avaliação e reavaliação contínua do risco pela equipe de enfermagem, bem como, a disponibilidade de materiais que corroborem com a sua extinção ou diminuição.

“Nas Unidades de Terapia Intensiva os pacientes estão mais expostos a complicações que esta lesão proporciona devido a fatores de risco como instabilidade hemodinâmica, alteração do nível de consciência, umidade excessiva, imobilidade devido a patologias diversas e sequelas, estado geral comprometido, idade e estado nutricional” (CABRAL et al., 2012).

“Uma coisa que eu faço muito com relação às mudanças de decúbito, a proteção das proeminências ósseas, a gente coloca, a gente não tem material para fazer, mas a gente improvisa com lençol ou com o que a gente tiver para evitar as lesões de cabeça, de calcâneo e sacral, a gente pede os colchões.” (INST. B- 23).

“Ter cuidado para que ele não apresente nenhuma lesão, que a gente faça todas as mudanças de decúbito, que durante esta mudança ele fique confortável em uma posição que não machuque nenhum de seus membros.” (INST. B-28).

Referente ao **risco de quedas**, os fatores de risco identificados pelos profissionais são: condições de saúde e presença de doenças crônicas; amputação de membros inferiores; comprometimento sensorial; uso de medicamentos e obesidade severa. Observou-se em ambas as instituições que a avaliação do risco de queda com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes é realizada na instituição na admissão do paciente e diariamente de acordo com seu nível de sedação (consciência e agitação), visto que a maioria dos usuários são mantidos sedados devido ao seu quadro clínico.

Severo et al. (2018) afirmam que as quedas no ambiente hospitalar são causadoras de várias consequências aos pacientes, tais como fraturas, retirada não programada de cateteres vasculares, drenos e sondas, alteração do estado emocional, piora do quadro clínico, e até mesmo a morte. Além da mortalidade, as quedas podem aumentar o tempo de internação e os custos do tratamento. Assim, é imprescindível que a equipe técnica esteja atenta e munida das melhores evidências, para identificar com fidedignidade o paciente com real risco de cair e implementar as melhores intervenções preventivas para o evento.

No passo referente as prescrições e **Administração de medicamentos**, para a prescrição segura de medicamentos, o profissional verifica a existência de abreviaturas e a prescrição de medicamentos com nomes semelhantes.

Na *Instituição “B”*, além disso observa-se também: identificação do paciente; identificação do prescritor na prescrição; identificação da data de prescrição; legibilidade; denominação dos medicamentos e a expressão de doses. Ambas as instituições utilizam um sistema digital para elaboração e impressão de prescrições médicas, o sistema é acessado por meio do cadastro e número do registro do próprio médico. Neste existe a opção de dosagens sugeridas para algumas medicações específicas, porém existe a opção de alteração de via de administração, dosagem e horários, com válida por 24 horas.

Segundo o protocolo do Ministério da Saúde (2014), a identificação do paciente na prescrição deverá utilizar exclusivamente o nome completo do paciente, e outro descritos como: data de seu nascimento, nome da mãe do paciente e número do prontuário. A utilização do nome incompleto e do nome abreviado deve ser excluída da prática cotidiana dos estabelecimentos de saúde. Para os pacientes que são admitidos nas unidades de saúde sem possibilidade de identificação (emergências e situações de catástrofes) devem-se adotar códigos diferentes por paciente, acrescidos minimamente do número de prontuário ou registro de atendimento ou características físicas destacadas. Nessa situação, algum dispositivo deve ser utilizado, de forma que fique aderido ao corpo do paciente a codificação definida na unidade para identificá-lo provisoriamente. A utilização da abreviatura “NI” (não identificado) ou outra abreviatura para todos os pacientes nessas condições deve ser abolida, em virtude do risco de erro de medicação.

No entanto, o sistema é passível de erros, principalmente com relação à descrição das vias de administrações, pois os médicos na maioria das vezes não os revisam corretamente. É possível fazer alteração manual devido alguma intercorrência, porém existe a dificuldade de contatar os médicos.

Os médicos, até pela exigência do sistema, ao prescreverem são necessariamente levados a usar padronizações (de opção pelo menor custo), registra alergias, e somente uma vez, o cálculo de doses e a duração do tratamento. Na indicação, cálculos de doses e quantidades dos medicamentos, o profissional registra na prescrição informações importantes como alergias; adota a padronização de medicamentos do serviço; verificar se há dupla checagem (na farmácia e no momento do recebimento pela enfermagem) das doses prescritas no que se refere a cálculo de doses; observa a duração do tratamento. Ainda encontra prescrições com uso de expressões "uso contínuo", "usar sem parar", "usar como de costume", "usar como habitual", "a critério médico", "se necessário" (sem indicação de dose máxima, posologia e condição de uso), o que não é recomendado pelo protocolo.

Nas prescrições consta evidente o registro de posologia; diluição; velocidade; tempo de infusão e via de administração. O sistema "conduz" o médico a registrar todas as informações. Não necessariamente por reconhecer que estes aspectos garantem segurança do paciente mas, para atender os itens a serem preenchidos para liberação da medicação, além disso, a maioria das medicações do setor são administradas em bombas de infusão, o que acaba deixando os profissionais responsáveis pelo manuseio dessas mais dispersos quanto a conferência dos dados de infusão corretamente. Só são administradas medicações de ordem

verbal no momento de controle de intercorrências com o paciente, logo após seu controle o profissional médico já prescreve as medicações realizadas no momento da urgência.

Isso não é compreendido pelos médicos como aspecto que garante segurança do paciente, e sim como protocolo administrativo para o hospital e, ético para quem executa a administração.

Na *instituição “A”* existe programa informatizado para prescrição de medicamentos com suporte clínico que fornece informações sobre: doses máximas para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância e/ou com índice terapêutico estreito e a apresentações e concentrações padronizadas disponíveis na instituição. O sistema condiciona doses máximas e apresentações e concentrações, seguindo recomendação dos farmacêuticos. Todavia, as interações medicamentosas e alergias, são registradas pelos médicos que acompanham os pacientes.

A *instituição “B”* não utiliza destes itens pois, geralmente a confirmações destas informações são realizadas por meio de consulta com farmacêutico da farmácia do setor.

O Protocolo do Ministério da Saúde (2014) recomenda a utilização de prescrições eletrônicas como forma de melhorar a legibilidade das mesmas. Nesses casos, recomenda-se, para a impressão, o uso de formulários sem pauta, para evitar erros de medicação ocasionados pelo encontro das linhas com letras e números da prescrição.

Dessa forma, percebe-se que no quesito medicação, os técnicos entrevistados estão atentos. Haja visto que os medicamentos devem possuir uma atenção primordial na temática da segurança do paciente, pois existe elevados riscos e frequência de ocorrências de eventos adversos a medicamentos decorrentes de seus usos indevidos. Destaca-se que os erros de medicação estão entre os mais recorrentes nos serviços de saúde e constituem um problema reconhecido internacionalmente. A relevância de sua identificação precoce e monitoramento tem a finalidade de atenuar o número de ocorrências que ocasionam prolongamento das internações com concomitante aumento das despesas para a instituição e até mesmo ocasionar o óbito do paciente (REIS et al., 2018).

Segundo Costa et al. (2018) as principais causas de erros durante o preparo do medicamento envolvem distrações e informações desatualizadas ou de difícil acesso para a execução da tarefa. Em relação aos erros de administração de medicamentos, o erro na etapa de preparo é o mais frequente, cuja causa mais comum é a diluição inadequada do medicamento.

“É olhar uma prescrição direito, ver se é realmente o paciente correto, olhar se a via da medicação é a correta porque às vezes tem muita gente. Eu acho um erro assim, a

pessoa tira a medicação ai outra já faz e administra, as vezes a pessoa que tirou não fala, ei olha é tal via porque a pessoa não presta atenção. Acho que a gente tem que presta atenção porque as vezes faz uma medicação errada e termina acontecendo isso”. (INST. B- 20)

Referente à **Higienizar as mãos**, em ambas instituições observou-se que para prevenir transmissão cruzada os profissionais higienizam as mãos nos seguintes momentos: antes de tocar o paciente no entanto na *instituição “B”* observou-se também a lavagem antes de realizar procedimento limpo/asséptico, após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções e após tocar o paciente. Convém registrar que a higienização das mãos se resume a lavagem das mãos e não em cumprimento a técnica e não se respeita as *restrições do uso* de adornos. Em alguns momentos observou-se a substituição da lavagem das mãos apenas pela troca de luvas de procedimentos, a maioria dos técnicos julgam que evitam a transmissão cruzada trocando a luva mais do que lavando as mãos.

Deste modo, a higiene das mãos dos profissionais de saúde deve ser realizada de acordo com o modelo proposto pela OMS, onde são referidos os “Cinco Momentos”: antes do contato com o paciente, antes de procedimentos limpos/assépticos, pós risco de exposição a fluidos orgânicos, após o contato com o paciente, e após o contato com o ambiente envolvente do mesmo. A disseminação de microrganismos é feita principalmente através das mãos dos profissionais de saúde, sendo a higienização das mãos considerada essencial para a prevenção das infecções (GRAVETO et al., 2018).

No requisito lavagem das mãos os profissionais deixam a desejar, visto que de todos os profissionais entrevistados cinco citaram que realizam a lavagem das mãos como procedimento para a segurança do paciente.

“Segurança do paciente se refere a coisas simples como identificar corretamente o paciente, lavagem das mãos(...)” (INST. A- 13)

“No caso de um para o outro a gente troca de luvas, avental, tocas e mascaras, que isso ai também faz parte da segurança. E valar as mãos de um para o outro.” (INST. B-15)

(...) “Então eu sempre lavo as mãos e tenho cuidado por causa da infecção cruzada”. (INST. A-3)

Neste contexto Gomes et al. (2017) traz estudos que apontam o fato da higienização adequada das mãos para prevenir infecções ser a melhor forma de atingir este objetivo em ambiente hospitalar e destacam a importância higieniza-las antes e após o manejo dos pacientes. Trata-se de um procedimento reconhecido como o mais importante e menos dispendioso para evitar a transmissão de infecções relacionadas à assistência à saúde.

Alusiva a **Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde**, notasse que no ambiente hospitalar a modificação da prescrição atual ou vigente, as alterações estão na primeira e segunda via da prescrição. As prescrições verbais são restritas às situações de urgência/emergência, devendo ser imediatamente escritas no formulário da prescrição após a administração do medicamento. Além destes, a *instituição “B”* adota também o requisito de quem recebeu a ordem verbal deve repetir de volta o que foi dito e ser confirmado pelo prescritor antes de administrar o medicamento. Assim como avisos no leito, por exemplo, paciente alérgico a dipirona.

“Todo meu plantão aqui o tempo todo busco fazer uma assistência de enfermagem para recuperar os pacientes. Então eu sempre lavo as mãos e tenho cuidado por causa da infecção cruzada. Fico atenta a medicação também e aos cuidados de higiene. Então em um plantão para mim estas minhas ações garantem a segurança do paciente”. (INST. A- 3)

“Para garantir a segurança do paciente existem os protocolos. Se referem aos protocolos de identificação do paciente, prevenção de úlcera, prescrição e administração de medicamentos, prevenção de quedas e higiene das mãos. Tem mais um mas eu não lembro. Gravei bem os que estão ligados a minha assistência aqui”. (INST. A- 12)

“Sempre manuseio adequado, sempre tá troca de luvas, é medições na hora certa, é verificar o nome do paciente se tá correto, via certa”. (INST. B- 6)

Dos entrevistados a maioria relata realizar atividades técnicas que garantem a segurança do paciente, sendo este um total de 47 profissionais e 08 profissionais apresentaram-se indiferentes a realização dessas práticas.

“Se faço alguma coisa de segurança do paciente faço sem saber. Não sei”. (INST. A- 2)

“Como os pacientes estão sedados não necessitam de medidas de segurança não. Então normalmente em um plantão se o paciente está orientado não faço nada para segurança individual dele não”. (INST. A- 7)

“Não sei o que é segurança. Acho que não faço nada de segurança não. Minha parte é só assistência à saúde mesmo”. (INST. A- 14)

“Não reconheço ações executadas pelos técnicos de enfermagem que garantam a segurança do paciente. Deve ser algo novo que ainda não chegou por aqui”. (INST. A- 24)

Assim, para os profissionais da enfermagem, está posto o desafio de atender às diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente agregando esses conceitos na cultura

institucional, por meio das atividades desenvolvidas no cotidiano do trabalho em saúde e enfermagem (ADAMY et al., 2018).

4 CONCLUSÕES

O estudo possibilitou a captação de dados importantes para a enfermagem, o mesmo atingiu os objetivos propostos inicialmente referentes ao conhecimentos dos técnicos sobre o tema assim como as suas ações aplicadas para manter a segurança do paciente. Concluindo-se assim que a maioria dos técnicos entrevistados foram capazes de definir o conceito de segurança do paciente e que aplicam praticas em seu dia a dia para mantê-la. Embora, na maioria, estes as façam em alguns momentos sem saber que estas referem-se a manutenção da segurança do paciente, acabam apenas administrando-as como mecanismo institucional de protocolos.

A maiorias dos técnicos também afirmaram que não tinham formação em orientação por parte das instituições referentes ao tema. Também demonstraram não conhecer alguma norma, manual ou programa de segurança do paciente.

Diante desses dados grande parte dos erros de assistência ao paciente são resultados de imperícia profissionais correlacionadas aos programas e metas de segurança do paciente. Verificada esta falta de capacitação profissionais este estudo possibilita o estímulo de surgimento de novos estudos referentes ao tema, criação de novas ações educativas para auxiliar estes profissionais, afim de melhorar a assistência prestadas por este com relação a segurança do paciente não só na uti como em outros setores hospitalares.

PATIENT SAFETY: knowledge and practice of nursing technicians

Luana da Silva Melo

ABSTRACT

Introduction: In recent times, the issue of patient safety during health care has been gaining prominence, since recent research has shown the great economic impact related to adverse events caused by the lack of adequate care. The difficulties of identifying and relating these adverse events to practice makes them go unnoticed by the nursing team and management. In this way the prevention and control of these events are actions that must be incorporated into the routines. Thus, based on the six International Patient Goals proposed by the patient safety program. The general objective of the study was to understand the meaning of patient safety for the nursing technicians working in the Intensive Care Units (ICU). **Methodology:** This is a qualitative research carried out from August to October 2018. The Data collection was performed through interview and systematic observation, with semi-structured script, recorded through electronic device mp4. **Results:** After analysis, four categories emerged. In these categories it was possible to infer that a good portion of the interviewees understood the concept of patient safety and affirmed to carry out some practices to maintain it. However, it may be noted that there are still those who have a misconception about the subject. **Conclusion:** It was verified that the lack of training of the technicians and the lack of approach of the subject by the evaluated institutions has contributed to the technical assistance unsatisfactory.

Key-words: Nursing. Patient safety. Quality of health care.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adamy, E.K., et al. Reflexão acerca da interface entre a segurança do paciente e o processo de enfermagem. **Rev Enferm Health Care**, v.7, n.1, p:272-278,2018.

Bardin, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto. 2^a reimpressão da 1^o edição. São Paulo: Edições 70, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em pesquisas (CONEP), **Resolução nº. 466/12**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016.

CAMPANILI et. al. Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva **Cardiopneumológica**. 2015. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700007&lang=pt>. Acesso em: 09 nov. 2018.

CORDEIRO, L. M.C. **Fatores De Risco Para O Desenvolvimento De Úlcera Por Pressão Em Pacientes Na UTI**. 2012. Disponível em:< <https://studylibpt.com/doc/876632/fatores-de-risco-para-o-desenvolvimento-de-%C3%BAlcera-por-pre...>>. Acesso em: 10 nov. 2018

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia científica**. 2. ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1996. 49 p.

COSTA, D. G., et. al. Análise do preparo e administração de medicamentos no contexto hospitalar com base no pensamento Lean. **Escola Anna Nery**, v. 22,n.4 2018.

GRAVETO, J.M.G.N., et al. Higiene das mãos - adesão dos enfermeiros após processo formativo. **Rev. Bras. Enferm.** vol.71 no.3 Brasília May/June 2018.

Health Organization (WHO). Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Edição: Ashish Jha; 2008.

KOHN, L.T. et al. To err is human. Washington, DC: National Academy Press; 2000.

Galvão, T.F.; et al. Cultura de segurança do paciente em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v.26, e3014, 2018.

GOMES, Andréa Tayse de Lima; et al. A segurança do paciente nos caminhos percorridos pela enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.70, n.1, p:146-54. 2017.

Hoffmeister, Louíse Viecili; Moura, Gisela Maria Schebella Souto. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.1, p. 36-43, jan.-fev. 2015.

Kurcgant P, Massarollo MCKB. Cultura e Poder nas Organizações de Saúde. In: Kurcgant, P.(Coord) Gerenciamento em enfermagem. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.

PEREIRA, M. O.; LUDVICH, S. C.; OMIZZOLO, J. A. E. Segurança do paciente: prevenção de úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva. **Inova Saúde**, v. 5, n. 2, P.8, 2016.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC/Pós-graduação em Enfermagem, 2002. p. 290.

LOURO, Marisol; FERREIRA, Margareth; PÓVOA, Póvoa. **Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão**. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000300012&lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2018.

NETA, Akie Fujii; et al. Adesão à identificação do paciente em hospital universitário público. **Revista de Administração em Saúde**, v.18,n.70,2018.

Oliveira, R.M., et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery**, v.18, n.1:122-129,2014.

REIS, M.A.S.,et al. Medicamentos potencialmente perigosos: identificação de riscos e barreiras de prevenção de erros em Terapia Intensiva. **Texto Contexto Enfermagem**, v.27, n.2:e5710016, 2018.

Silva, LD. Segurança do paciente no contexto hospitalar. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p.:291-292,2012.

SOUZA, Maria; GOUVEIA, Viviane. Avaliação do conhecimento da equipe de enfermagem sobre as metas internacionais de segurança do paciente em uma unidade de terapia intensiva. 2017. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/8780>. Acesso em: 01 nov. 2018.

SEVERO, Isis Marques,et al. Fatores de risco para quedas em pacientes adultos hospitalizados: um estudo caso-controle. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.26, 2018.

Wegner, W.,et al. Educação para cultura da segurança do paciente: implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery**, v.20, n.3:e20160068,2016.

APÊNDICE

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TÍTULO: SEGURANÇA DO PACIENTE: CONHECIMENTO E PRÁTICA DE TÉCNICOS
DE ENFERMAGEM

OBJETIVO: IDENTIFICAR O CONHECIMENTO E PRÁTICAS DOS TÉCNICOS DE
ENFERMAGEM SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE

1. PARA VOCÊ O QUE É SEGURANÇA DO PACIENTE?
2. EM UM TURNO REGULAR DE SUAS ATIVIDADES COMO TÉCNICO DE ENFERMAGEM QUE PRÁTICAS VC REALIZA E ACREDITA QUE GARANTEM A SEGURANÇA DO PACIENTE?
3. NA INSTITUIÇÃO QUE VOCÊ TRABALHA JÁ OCORREU ALGUM TREINAMENTO, PALESTRA, AÇÃO EDUCATIVA OU IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLOS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE?
4. VOCÊ CONHECE ALGUMA NORMA, MANUAL OU PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE?

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO

5. COMO O PACIENTE É IDENTIFICADO NA SUA UNIDADE?
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NA PULSEIRA
 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NO LEITO
 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE COM PRONTUÁRIO AFIXADO NO LEITO
6. NO PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE O PROFISSIONAL DIRIGE-SE:
- AO PRONTUÁRIO
 - AO PACIENTE
 - AO PACIENTE / FAMILIAR/ ACOMPANHANTE/ CUIDADOR
 - A EQUIPE DE PLANTÃO
7. A VERIFICAÇÃO DA IDENTIDADE DO PACIENTE OCORRE
- APENAS NO INÍCIO DE UM EPISÓDIO DE CUIDADO
 - A CADA INTERVENÇÃO REALIZADA NO PACIENTE
8. A CONFIRMAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE INCLUI
- ORIENTAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS
 - ORIENTAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO DO SANGUE E DE HEMODERIVADOS,
 - ORIENTAÇÃO DA COLETA DE MATERIAL PARA EXAME,
 - ORIENTAÇÃO DA ENTREGA DA DIETA
 - ORIENTAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS INVASIVOS.
9. A AVALIAÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO É REALIZADA
- NA ADMISSÃO DE TODOS OS PACIENTES
 - DIARIAMENTE O RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE UPP DE TODOS OS PACIENTES INTERNADOS

10. DURANTE O PLANTÃO QUAIS AS MEDIDAS PREVENTIVAS PARA ÚLCERA POR PRESSÃO SÃO ADOTADAS

- () INSPEÇÃO DIÁRIA DA PELE
- () MANUTENÇÃO DO PACIENTE SECO E COM A PELE HIDRATADA
- () OTIMIZAÇÃO DA NUTRIÇÃO E DA HIDRATAÇÃO
- () MINIMIZAR A PRESSÃO
- () ADOÇÃO ESCALA DE BRADEN

11. PARA A PRESCRIÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS O PROFISSIONAL VERIFICA QUAIS ITENS

- () IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- () IDENTIFICAÇÃO DO PRESCRITOR NA PRESCRIÇÃO
- () IDENTIFICAÇÃO DA DATA DE PRESCRIÇÃO
- () LEGIBILIDADE
- () USO DE ABREVIATURAS
- () DENOMINAÇÃO DOS MEDICAMENTOS
- () PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS COM NOMES SEMELHANTES
- () EXPRESSÃO DE DOSES

12. NA INDICAÇÃO, CÁLCULOS DE DOSES E QUANTIDADES DOS MEDICAMENTOS, O PROFISSIONAL

- () REGISTRA NA PRESCRIÇÃO INFORMAÇÕES IMPORTANTES COMO ALERGIAS
- () ADOTA A PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO SERVIÇO
- () ESTÁ IMPLANTADA A DUPLA CHECAGEM (NA FARMÁCIA E NO MOMENTO DO RECEBIMENTO PELA ENFERMAGEM) DAS DOSES PRESCRITAS MP QUE SE REFERE A CÁLCULO DE DOSES
- () OBSERVA A DURAÇÃO DO TRATAMENTO
- () AINDA ENCONTRA PRESCRIÇÕES COM USO DE EXPRESSÕES "uso contínuo", "usar sem parar", "usar como de costume", "usar como habitual", "a critério médico", "se necessário" (sem indicação de dose máxima, posologia e condição de uso).

13. NAS PRESCRIÇÕES CONSTA EVIDENTE O REGISTRO

- POSOLOGIA
- DILUIÇÃO
- VELOCIDADE
- TEMPO DE INFUSÃO
- VIA DE ADMINISTRAÇÃO

14. NO AMBIENTE HOSPITALAR A MODIFICAÇÃO DA PRESCRIÇÃO ATUAL OU VIGENTE

- É FEITA DE FORMA CLARA, LEGÍVEL E SEM RASURAS
- AS ALTERAÇÕES ESTÃO NA PRIMEIRA E SEGUNDA VIA DA PRESCRIÇÃO.

15. AS PRESCRIÇÕES VERBAIS SÃO RESTRITAS ÀS SITUAÇÕES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA,

- DEVENDO SER IMEDIATAMENTE ESCRITAS NO FORMULÁRIO DA PRESCRIÇÃO APÓS A ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO
- QUEM RECEBEU A ORDEM VERBAL DEVE REPETIR DE VOLTA O QUE FOI DITO E SER CONFIRMADO PELO PRESCRITOR ANTES DE ADMINISTRAR O MEDICAMENTO.

16. NA INSTITUIÇÃO EXISTE PROGRAMA INFORMATIZADO PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS COM SUPORTE CLÍNICO QUE FORNECE INFORMAÇÕES SOBRE:

- DOSES MÁXIMAS PARA MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS/ALTA VIGILÂNCIA E/OU COM ÍNDICE TERAPÊUTICO ESTREITO;
- INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS CLINICAMENTE SIGNIFICATIVAS;
- ALERGIAS;
- APRESENTAÇÕES E CONCENTRAÇÕES PADRONIZADAS DISPONÍVEIS NA INSTITUIÇÃO

17. PARA PREVENIR TRANSMISSÃO CRUZADA OS PROFISSIONAIS HIGIENIZAM AS MAOS EM QUAIS MOMENTOS

- ANTES DE TOCAR O PACIENTE
- ANTES DE REALIZAR PROCEDIMENTO LIMPO/ASSÉPTICO
- APÓS O RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS OU EXCREÇÕES .APÓS TOCAR O PACIENTE

() APÓS TOCAR SUPERFÍCIES PRÓXIMAS AO PACIENTE

18. A AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA COM O EMPREGO DE UMA ESCALA ADEQUADA AO PERFIL DE PACIENTES É REALIZADA NA INSTITUIÇÃO.

() NA ADMISSÃO DO PACIENTE

() DIARIAMENTE

() NA ALTA DO PACIENTE

19. SÃO FATORES DE RISCO IDENTIFICADOS PELOS PROFISSIONAIS PARA QUEDA

() IDADE

() PSICO-COGNITIVOS: DECLÍNIO COGNITIVO, DEPRESSÃO, ANSIEDADE.

() CONDIÇÕES DE SAÚDE E PRESENÇA DE DOENÇAS CRÔNICAS:

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL PRÉVIO;

HIPOTENSÃO POSTURAL;

TONTURA;

CONVULSÃO;

SÍNCOPE;

DOR INTENSA;

BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA;

ANEMIA;

INSÔNIA;

INCONTINÊNCIA OU URGÊNCIA MICCIONAL;

INCONTINÊNCIA OU URGÊNCIA PARA EVACUAÇÃO;

ARTRITE;

OSTEOPOROSE;

ALTERAÇÕES METABÓLICAS (COMO, POR EXEMPLO HIPOGLICEMIA).

() DIFICULDADE NO DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA,

() NECESSIDADE DE DISPOSITIVO DE AUXÍLIO À MARCHA;

() FRAQUEZA MUSCULAR E ARTICULARES;

() AMPUTAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES; E

() DEFORMIDADES NOS MEMBROS INFERIORES.

() COMPROMETIMENTO SENSORIAL:

VISÃO;

AUDIÇÃO;

TATO.

() EQUILÍBRIO CORPORAL: MARCHA ALTERADA.

() USO DE MEDICAMENTOS:

BENZODIAZEPÍNICOS;

ANTIARRÍTMICOS;

ANTI-HISTAMÍNICOS;

ANTIPSICÓTICOS;

ANTIDEPRESSIVOS;

DIGOXINA;
DIURÉTICOS;
LAXATIVOS;
RELAXANTES MUSCULARES;
VASODILATADORES;
HIPOGLICEMIANTE ORAIS;
INSULINA; E
POLIFARMÁCIA (USO DE 4 OU MAIS MEDICAMENTOS).

() OBESIDADE SEVERA.

() HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA.